



# Rehabilitación Vocacional

# Consentimiento para Servicios de Transición

**Nota para el padre o guardián:**

Su firma en este formulario otorga permiso al personal de la oficina de Rehabilitación Vocacional (Voc Rehab) a recibir los registros escolares y la información concerniente al estudiante enunciado de la escuela nombrada abajo para determinar si él o ella es elegible a recibir servicios de transición de la oficina de VR. Si es elegible, su hijo(a), o pupilo(a) recibirá ayuda en la planificación para el trabajo o la capacitación que obtenga después de graduarse de la secundaria. La Rehabilitación Vocacional es un programa del Departamento de Educación de Nebraska que recibe fondos estatales y federales y que funciona en cooperación con escuelas secundarias en Nebraska. No hay ningún costo para usted por los servicios que su hijo(a) o pupilo(a) pueda recibir. Nosotros anticipamos colaborar con su hijo(a) o pupilo(a) y esperamos tener la oportunidad para hablar con usted en el futuro cercano..

Nombre del Estudiante		Escuela		Identificación del estudiante del Departamento de Educación de Nebraska	
Nombre del contacto en la escuela	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Grado	Fecha de Graduación Esperada	
Dirección del estudiante		Ciudad	Codigo Postal		Teléfono del Hogar

Nombre de Padre, tutor o representante		Teléfono del firmante		Trabajo _____	
		Hogar _____		Celular _____	
Padre, tutor o representante (si es diferente al estudiante)			Ciudad	Codigo Postal	
Dirección electrónica del padre, guardián o representativo					

Yo le doy permiso a la agencia de Rehabilitación Vocacional para ayudarle a mi hijo a planear para el futuro. Esto puede incluir la ayuda para:

- Participar en las Actividades para la Exploración de Carreras.
- Aprender hábitos, actitudes, y comportamientos para el trabajo.
- Aprender destrezas para una vida como adulto.
- Tomar parte en experiencias de trabajo en la comunidad.
- Aprender de sus fortalezas, habilidades, y capacidades para el trabajo y una vida de adulto.
- Identificar metas para el trabajo y una vida como adulto.
- Aprender destrezas de lenguaje, matemáticas y razonamiento para el trabajo.

Doy permiso a la escuela nombrada anteriormente para divulgar todos los historiales acerca de mi hijo a la agencia de Rehabilitación Vocacional, incluyendo pero no limitado a:

- Informe del Equipo Escolar Interdisciplinario.
- Programa de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés).
- Informes y evaluaciones psicológicas.
- Historiales e información de experiencias laborales.
- Historiales de calificaciones escolares acumulados, incluyendo los resultados de exámenes estandarizados.
- Calificaciones escolares e informes del progreso.

Otorgo mi consentimiento a la oficina de Rehabilitación Vocacional para que intercambie la información con el personal autorizado de la escuela y/o el personal que no sea de la escuela, como mentores y especialistas de la tecnología de apoyo quienes están asignados a ayudar a mi hijo. Si resulta ser elegible para recibir los servicios, otorgo permiso para que el estudiante nombrado anteriormente reciba los servicios de transición, solicite y reciba servicios en el Programa de Empleo de la oficina de VR, y que participe en el desarrollo de un Plan individualizado para empleo (IPE por sus siglas en inglés). Adicionalmente, la oficina de VR puede intercambiar información con las siguientes personas, programas, o agencias que sirven a mi hijo:

La oficina de Rehabilitación Vocacional no divulgará los registros escolares que recibe de la escuela nombrada anteriormente a cualquier otra persona, programa, o agencia sin mi permiso escrito a menos que esté requerido por la ley.

Puedo terminar este consentimiento en cualquier momento proporcionando una declaración firmada y fechada a la oficina de VR con ese propósito. En cualquier caso, este consentimiento terminará un año después del día en que mi hijo ya no reciba servicios de la oficina de VR.

<b>X</b>	Firma de Padre, Tutor, o Representante	Fecha	Relación hacia el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre, Madre <input type="checkbox"/> Padrastro, Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo, Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Hermano, Hermana <input type="checkbox"/> Abuelo, Abuela <input type="checkbox"/> Tía / Tío <input type="checkbox"/> Primo, Prima <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cuidador profesional <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____		
	<b>X</b>	Firma de Estudiante	Fecha	<b>X</b>	Rehabilitación Vocacional